

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

674
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques NESPOULOUS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 27 Juillet 1913, à Rodez (Aveyron)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES TUMEURS DITES " MIXTES "
DES GLANDES SALIVAIRES
DE LA MUQUEUSE PALATINE

Président : M. LEROUX, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques NESPOULOUS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 27 Juillet 1913, à Rodez (Aveyron)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES TUMEURS DITES " MIXTES "
DES GLANDES SALIVAIRES
DE LA MUQUEUSE PALATINE

Président : M. LEROUX, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHANLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE (*in memoriam*)

*Qui malgré sa tragique disparition
n'a pas un seul instant quitté notre
cœur.*

*Suprême hommage de notre piété
filiale.*

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LOUIS NESPOULOUS

Diplômé du Collège de Chirurgie dentaire de Chicago
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Que nous ne remercierons jamais
assez pour toute la tendre sollicitude
dont il nous a toujours entourés.*

*Nous lui exprimons notre attache-
ment et notre reconnaissance et nous
efforcerons de suivre l'exemple qu'il
nous a tracé.*

A MA SŒUR

Sincère hommage fraternel.

A MON ONCLE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER LEROUX

Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter de présider notre thèse.*

*Témoignage de notre admiration
et de notre attachement respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN LEROUX-ROBERT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

*Nous lui exprimons notre pro-
fonde reconnaissance pour les conseils
éclairés qu'il n'a cessé de nous pro-
diguer.*

A MON ONCLE

LE DOCTEUR POL NESPOULOUS

Stomatologiste des Hôpitaux D. D. S.
Professeur à l'École Française de Stomatologie
Directeur de l'Institut Eastman de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qu'il trouve ici l'expression de
notre reconnaissance pour la bien-
veillance affectueuse avec laquelle il
a guidé nos études stomatologiques.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L'HIRONDEL

Stomatologiste des Hôpitaux
Directeur de l'École Française de Stomatologie
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré cette thèse, et
nous a prêté à tous moments son
précieux concours.*

*En témoignage de notre profond
respect et de notre vive reconnais-
sance.*

A MES MAITRES

A MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

PROFESSEUR B. CUNÉO

DOCTEUR HALBRON

Externat :

DOCTEUR GEORGES LABEY

DOCTEUR AMEUILLE

PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

PROFESSEUR MARION

DOCTEUR ARMAND-DELILLE

DOCTEUR BENDA

PROFESSEUR JEANNIN

DOCTEUR THIBAUT

PROFESSEUR AGRÉGÉ HALPHEN

DOCTEUR L'HIRONDEL

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer en peu de temps à la consultation de stomatologie de l'Hôpital Beaujon, avec notre maître le Docteur L'HIRONDEL, deux malades, présentant des tumeurs dites « mixtes » de la voûte palatine.

Il nous a paru intéressant de publier ces deux observations pour deux raisons :

- d'abord parce qu'elles sont relativement rares,
- ensuite parce qu'elles nous permettent de discuter les nombreuses théories pathogéniques des tumeurs « mixtes » en général, et surtout d'exposer les théories modernes défendues par MASSON puis par le Professeur LEROUX et ses élèves.

Nous ferons en premier lieu un rappel de l'histologie normale des glandes salivaires de la muqueuse palatine et de la physionomie clinique des tumeurs mixtes des glandes palatines.

Puis, après avoir fait une étude historique des diverses théories pathogéniques classiques qui se sont succédé dans l'histoire de ces tumeurs, nous exposerons dans un dernier chapitre les théories modernes

défundues par MASSON et les travaux du Docteur LEROUX et du D^r LEROUX-ROBERT.

Nous donnerons enfin les deux observations de nos malades comme modeste contribution à l'étude de ces tumeurs.

Nous y joindrons des microphotographies des coupes de l'une de nos tumeurs.

HISTOLOGIE

Dans les deux tiers postérieurs le palais est recouvert de papilles semblables à celles de la face supérieure de la langue et comme celle-ci, apparentes seulement après la chute de l'épiderme.

Au milieu de ces papilles, on remarque çà et là des orifices qui représentent les embouchures des glandes sous-jacentes et qui deviennent d'autant plus nombreux qu'on se rapproche davantage du voile. Plusieurs de ces orifices, se trouvent parfois réunis sur un même point ; à peine déprimé lorsqu'ils sont peu nombreux, offrant l'aspect d'une petite fossette lorsque leur nombre est plus considérable.

Deux fossettes semblables existent souvent sur les côtés du raphé médian, au voisinage de son extrémité postérieure. Vus à la loupe après la chute de l'épiderme, elles prennent l'aspect d'un petit crible. MORGAGNI, le premier, les a signalées, ALBINUS plus tard, les a représentées.

Voile du palais

Les glandes du voile du palais présentent une conformation extérieure et une structure identiques à celles de toutes les autres glandes de la cavité buccale.

La couche de la face buccale dont nous avons seule à nous occuper est remarquable par sa grande épaisseur qui diminue de haut en bas, d'où l'épaisseur décroissante aussi du voile du palais.

Autour de la luette, les glandes se montrent en assez grand nombre, bien que ce nombre, toutefois, varie, suivant les individus. De chaque côté du voile, nous avons déjà vu qu'une épaisse couche de glandes se prolonge dans l'épaisseur de la saillie qui limite en arrière l'orifice de communication du vestibule de la bouche avec la bouche proprement dite et qu'elle descend presque sur la partie interne du collet de la dernière grosse molaire de la mâchoire inférieure, et souvent même plus bas.

La structure histologique de ces glandules a été décrite en détail par KOELLIKER.

« Toutes ces petites glandes salivaires de la muqueuse buccale qui sont des glandes acineuses, présentent la même structure et se composent sans exception d'un certain nombre de lobules glandulaires et d'un canal excréteur ramifié. Dans les glandules les plus simples, les lobules sont peu nombreux, allongés ou piriformes, quelquefois arrondis, souvent aplatis ; ils ont 1 millimètre à 1 millimètre 5 de

longueur sur 0 mm. 5 à 1 millimètre de largeur. Quelquefois leurs deux diamètres sont sensiblement égaux. Chacun de ces lobules repose sur un rameau du canal excréteur de 70 à 100 μ de largeur.

Le canal lui-même mesure 250 à 700 h de diamètre quelquefois même 2 millimètres (glandes de la base de la langue). Les lobules se composent d'un certain nombre de conduits tortueux et garnis d'une foule de dépressions en cul de sac simples ou cimosés, qui semblent être la continuation directe des rameaux excréteurs des lobules ; les rameaux à peine entrés dans les lobules se divisent successivement en un certain nombre de branches, le plus souvent sans diminuer de diamètre.

Les prétendues vésicules glandulaires (acini) ne sont autre chose que les petits cœcums et les extrémités de ce produits, dernières ramifications des canaux excréteurs. Examinés superficiellement à un faible grossissement, les acini paraissent régulièrement arrondis ou piriformes ; mais une étude minutieuse d'un lobule entier ou mieux encore de toute une glande fraîche et injectée, prouvent que ces vésicules affectent des formes très diverses, qu'elles soient arrondis, piriformes ou allongées. Il n'est guère possible de décrire toutes les variétés qui se présentent sous ce rapport, aussi me contenterai-je de faire observer que les terminaisons des lobules glandulaires offrent souvent en petit les formes et aussi la structure des vésicules séminales.

Les plus fins canaux et les vésicules glandulaires

sont constitués par une membrane propre qui a de 1,8 à 2,7 μ d'épaisseur, et par un épithélium qui, sur des préparations fraîches, se montre sous l'aspect d'une couche continue tapissant les extrémités glandulaires, mais qui s'en détache avec une grande facilité et forme alors, dans leur intérieur, une masse grenue. Les cellules épithéliales sont disposées en simple couche sur la membrane propre ; elles sont pentaédriques et hexaédriques, quelquefois un peu allongées ; elles mesurent 10 à 14 μ en largeur, 7 à 9 en épaisseur, et contiennent un noyau arrondi ou oblong, muni souvent d'un nucléole très net. Autour de ce noyau se voit, ainsi que DONDERS l'a démontré, une certaine quantité d'un mucus fluide, qui se coagule par l'acide acétique et dans lequel nagent toujours un certain nombre de granulations plus ou moins grosses qui, tantôt ont simplement l'aspect de la graisse blanche et tantôt sont colorées en jaune ou en brun, contribuant ainsi à donner cette couleur à la glande.

Les éléments des globules glandulaires que nous venons de décrire sont très serrés les uns contre les autres, de sorte qu'il n'est pas rare de les voir s'appliquer mutuellement. Néanmoins, il existe toujours entre eux une certaine quantité de tissu conjonctif dans lequel cheminent les vaisseaux. De plus, ces divers lobules et la glande tout entière sont entourés d'une enveloppe plus dense de tissu conjonctif entremêlé de fibrilles élastiques, parfois aussi de cellules adipeuses. Dans les petites glandes, il n'y a point

d'autres subdivisions que les lobules et les vésicules ou utricules glandulaires que nous avons décrits.

Dans les glandes plus volumineuses, au contraire, (les glandes labiales ou palatines par exemple), un certain nombre de lobules simples s'entourent d'une enveloppe commune de tissu conjonctif et constituent ainsi des lobules secondaires. Ceux-ci correspondent pour la structure, à une glande simple dont ils ont exactement le volume, c'est à-dire environ 1 à 3 μ de diamètre.

Les conduits excréteurs des lobules présentent une tunique conjonctive renfermant des réseaux de fibres élastiques et une simple couche de cellules cylindriques de 18 à 22 μ d'épaisseur dans les conduit principaux, sur les petites glandes, 67 μ et même 90 sur les grandes. L'épithélium à 22-27 μ .

Je n'ai trouvé aucune trace de fibres musculaires soit dans les glandes elle-mêmes, soit dans les conduits excréteurs. Mais on y voit une foule de petits vaisseaux qui pénètrent entre les lobules avec le canal excréteur ou autrement et forment autour de ces derniers et autour des vésicules un réseau lâche de capillaires de 67 μ de diamètre, si bien que chaque vésicule entre en contact avec au moins 3 ou 4 capillaires.

Des nerfs nombreux accompagnent les canaux excréteurs. Ça et là on voit aussi quelques tubes de moyen calibre dans l'épaisseur des glandes elles-mêmes.

CLINIQUE

DÉBUT. — Il est remarquable de noter le peu de signes qui accompagnent le début d'une tumeur mixte. Elles restent de ce fait latentes pendant de nombreuses années (2 ans dans notre observation I) et il n'est pas rare qu'elles soient découvertes à l'occasion d'un examen fortuit sans que rien n'ait attiré l'attention sur elles. Dans certains cas cependant, leur excès de développement va provoquer des troubles qui vont amener le malade à consulter le spécialiste. Ce sont des troubles de la mastication lorsque la tumeur siège à la voûte, lorsqu'elle siège au niveau du voile ce sont les troubles de la déglutition, plus rarement de la respiration.

En aucun cas on n'a constaté que des phénomènes douloureux — soit spontanés soit provoqués — aient les premiers attiré l'attention.

L'ÉVOLUTION se fait progressivement, bien souvent avec une extrême lenteur. Elle est marquée par un développement progressif de la tumeur, symptôme

unique ne s'accompagnant d'aucun phénomène fonctionnel ni général.

L'examen endo-buccal découvre la tumeur.

Elle siège soit au niveau de la voûte palatine, soit au niveau du voile, pouvant empiéter plus ou moins sur le pilier antérieur correspondant. Dans un cas publié par GOUGENHEIM et RIPAUT (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, janvier 1890), elle occupait la face pharyngienne du voile.

Elle est strictement latéralisée. Dans certains cas elle semble déborder du côté opposé, mais ce n'est qu'une apparence due à un volume particulièrement considérable. L'intervention montre dans ce cas que son implantation ne dépasse pas la ligne médiane.

Son volume est variable, dépendant essentiellement du stade de développement de la tumeur. En général il atteint une noisette mais peut, dans certains cas, atteindre le volume d'une noix ou d'un petit œuf. DE LARABRIE signale même un cas où la tumeur a atteint le volume d'une petite orange.

Sa consistance est ferme, dure, mais peut varier en certains points. On trouve alors des zones de dureté ligneuse ou de ramollissement (Obs. II). Parfois même des zones granuleuses (Obs. I).

Les limites sont en général faciles à déterminer surtout si elle n'est pas trop volumineuse, en suivant les bords avec le doigt explorateur.

Cette tumeur est mobile, et cette mobilité est diversement facile à apprécier selon sa localisation ; facile

au niveau du voile, plus malaisée quand la tumeur siège au niveau du palais dur.

En aucun cas la tumeur n'est adhérente à la muqueuse qui, à son niveau est normale. Tels sont les signes qui caractérisent les tumeurs mixtes au point de vue clinique.

LE DIAGNOSTIC en est aisé ; sa seule difficulté tient de la rareté et de la nécessité d'y penser devant un pareil tableau. On devra éliminer plusieurs affections qui pourraient prêter à confusion. Après avoir éliminé par la fluctuation, ou à son défaut la ponction les tumeurs liquides, kystes, abcès froids d'ailleurs très rares, il existe certaines tumeurs solides que l'on peut prendre pour des tumeurs « mixtes ».

Les lipômes, plus mous plus mobiles, moins volumineux.

Les angiomes, plus ou moins bien limités de forme, plus irréguliers, pouvant être en partie adhérents à la muqueuse qui présente à ce niveau une coloration spéciale.

En fait, deux diagnostics seulement peuvent se discuter : la gomme syphilitique et le sarcome.

La gomme syphilitique, si elle ressemble morphologiquement à la tumeur mixte a une évolution plus rapide, et n'arrive jamais à un volume aussi considérable sans que la muqueuse fasse corps avec elle, rougisse et s'ulcère.

Quant au sarcome, c'est son évolution beaucoup plus rapide qui tranche le diagnostic. On conçoit ce-

pendant qu'à la période de début le diagnostic puisse présenter quelques difficultés, mais bientôt sa consistance devient moins régulièrement dure ; la tumeur devient *douloureuse*, ne respecte plus le squelette, et ne tarde pas à envahir les fosses nasales.

PATHOGÉNIE

THÉORIES CLASSIQUES

Pendant longtemps on considéra certaines tumeurs développées sous la muqueuse du voile du palais et de la voûte palatine, comme des hypertrophies glandulaires dans lesquelles tous les éléments du tissu glandulaire étaient régulièrement hypertrophiés.

C'est NELATON, qui le premier, en 1847, avait reconnu leur origine glandulaire. De nombreux auteurs, MICHON en 1852, LEBERT (*Union médicale*, 1852), DEBOUT (*Bulletin général thérapeutique*, 1852), PARMENTIER (*Gazette médicale de Paris*), ROYER (*moniteur des hôpitaux*) aboutissaient aux mêmes conclusions et les considéraient comme des hypertrophies glandulaires.

Cette première théorie ne devait pas tarder à paraître insuffisante, et dès 1856, RICHARD, rapporteur du mémoire de ROYER, exprimait ses doutes en ces termes : « La dénomination d'hypertrophie glandulaire est vicieuse en anatomie pathologique et en clinique. En anatomie pathologique en ce sens que la transformation fibreuse des parois des culs de sac,

l'infiltration des épithéliums altérés qui pullulent et gorgent les conduits, et même l'aspect le plus grossier de la coupe jurent contre l'expression d'hypertrophie. En pathologie et en clinique parce que si la grande majorité est de celles qui méritent le nom de bénignes, elles en comprennent d'autres aussi, à la peau, au sein, au foie, dans l'utérus, le rectum qui sont assimilables aux cancers les plus malins. »

En 1876, PEAN, constatant la structure complexe des tumeurs mixtes du voile du palais, les classait en trois variétés suivant que les lobes hypertrophiés se chargent de kyste, de tissu cartilagineux ou fibroblastique.

C'est en 1886 seulement que les tumeurs mixtes des glandes salivaires du palais furent assimilées aux tumeurs mixtes des glandes salivaires principales. Stéphane PAGET écrivait alors : « Beaucoup de ces tumeurs ont une structure peu connue et complexe. Elles peuvent contenir du cartilage, de l'os du tissu glandulaire et embryonnaire. Les cellules peuvent être embryonnaires, myxomateuses, sarcomateuses ou épithéliales. Cette histologie complexe se rencontre aussi dans les tumeurs de la parotide. »

A partir de ce moment, leur étude était confondue avec celle des tumeurs des glandes salivaires principales.

Les tumeurs avaient déjà posé de nombreux problèmes aux histologistes et une théorie histogénique née en Allemagne ralliait de nombreux suffrages.

Théorie endothéliale

Exposée pour la première fois par VIRCHOW en 1867, puis par BILLROTH, WOLKMANN s'en fit le défenseur en 1895. Elle voyait l'origine de ces tumeurs dans l'endothélium des fentes lymphatiques du tissu conjonctif. Elle se basait sur :

a) LA FORME DES CELLULES ressemblant en tous points à des cellules endothéliales.

b) LES RAPPORTS DES CELLULES épithéloïdes et du tissu conjonctif ; certains auteurs affirmant la continuité des cellules étoilées épithéloïdes et des éléments conjonctifs.

c) LA PRÉSENCE DE CAVITÉS [ENDOTHÉLIFORMES contenant des globules rouges.

Les tumeurs mixtes étaient donc uniquement des tumeurs conjonctives.

Cette théorie qui eut à ce moment une certaine vogue en France eut aussi de nombreux adversaires.

Théorie épithélio-glandulaire

FONNEGRA en 1883 l'avait déjà pressentie. Dans sa thèse intitulée « Des épithéliomes enkystés du voile du palais » après avoir passé en revue les observations antérieures relatives à l'hypertrophie des glandes palatines concluait à leur point de départ épithélial.

Quelques années plus tard, en 1890, DE LARABRIÉ

publiait dans les Archives générales de la Médecine une longue étude sur les tumeurs mixtes des glandules de la muqueuse buccale, où les tumeurs des glandes palatines tenaient une grande place : « Les néoplasmes que nous étudions, disait-il, sont des *épithéliomes à trame variable*. Les deux éléments (masse épithéliale et trame) affectent entre eux des rapports variés. Tantôt l'élément épithélial présente une certaine abondance ; tantôt au contraire il ne présente que quelques groupes plus ou moins discrets.

Cependant on peut dire que d'une manière générale, sur toutes nos tumeurs, du moins à l'époque de leur évolution où nous les avons examinées, l'élément épithélial a le dessous quoique les deux éléments aient des tendances égales à subir la dégénérescence muqueuse, c'est l'épithélium qui paraît le plus profondément influencé. A cette première cause de disparition des cellules, s'en joint une autre non moins importante et non moins intéressante, c'est la prolifération très active en certains points du tissu conjonctif qui s'infiltré entre les masses cellulaires, les dissocie, les déforme, les amoindrit jusqu'à leur disparition plus ou moins complète, et se substitue à elles... En somme bien qu'il se développe dans les glandes buccales des tumeurs d'origine conjonctive (sarcomes-fibrômes) on peut conclure de l'ensemble de faits qui précèdent que, le plus souvent les néoplasmes de ces glandes sont des TUMEURS ÉPITHÉLIALES A STRUCTURE MIXTE. »

BERGER, se faisait quelques années plus tard l'ar-

dent défenseur de cette théorie. Pour lui en effet l'origine épithéliale ne fait pas de doute. Il tire ses conclusions de nombreuses observations tant cliniques qu'histologiques.

Les tumeurs mixtes du voile du palais forment un groupe bien défini de tumeurs qui possèdent des caractères anatomiques et cliniques déterminés ; *les tumeurs prennent naissance dans la couche glandulaire du voile du palais.*

Elles sont et restent délimitées par une enveloppe conjonctive qui les encapsule et les isole entièrement des tissus voisins. Elles justifient la dénomination qui leur a été donnée *d'épithéliome à trame variable.*

Elles se composent en effet :

a) D'ÉLÉMENTS ÉPITHÉLIAUX dont la disposition rappelle tantôt celle des adénomes, tantôt et plus souvent celle des épithéliomes.

b) D'UNE TRAME CONJONCTIVE où se retrouvent les divers modes du tissu conjonctif, et principalement le tissu muqueux et cartilagineux. Les faits qu'il nous a été donné d'observer sont contraires à la théorie endothéliale de ces tumeurs.

Il tirait aussi de ses observations des conclusions cliniques. Il affirmait qu'il s'agissait de tumeurs bénignes ; « elles n'ont jamais à notre connaissance présenté la marche et abouti aux terminaisons qui caractérisent les vrais épithéliomes. Cette bénignité paraît due à l'étouffement des formations épithéliales de la tumeur par le développement du tissu muqueux ou cartilagineux de la trame. »

Ainsi se trouvait définie la théorie épithélio-glandulaire. Basée uniquement sur l'apparence glandulaire des éléments épithéliaux, mais cet argument devait apparaître insuffisant à certains auteurs qui élaboraient de nouvelles théories. Ces théories prenaient leur point de départ d'un élément nouveau, l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes.

Théories embryonnaires

En 1897, PITANCE, dans sa thèse consacrée aux tumeurs mixtes du voile du palais soulevait cette hypothèse : « Les éléments épithéliaux des tumeurs mixtes se développent non pas aux dépens du parenchyme glandulaire, mais aux dépens d'amas épithéliaux disséminés entre les acinis. Les amas se seraient développés en même temps que les glandes, puis auraient perdu toute connexion avec les conduits excréteurs. Ils auraient conservé leur caractère embryonnaire et auraient sommeillé en quelque sorte, jusqu'au jour où, se développant ils donnent naissance à la partie épithéliale d'une tumeur mixte.

WILMS perfectionna cette théorie en supposant dans la glande en cause une inclusion très précoce comprenant non seulement un germe ectodermique de la région buccale mais un germe du mésenchyme susceptible de se différencier par la suite en toutes les variétés du tissu conjonctif.

Théorie branchiale

L'origine embryonnaire des tumeurs mixtes devait soulever d'autres hypothèses.

CUNÉO et VEAU en 1900, formulaient la théorie branchiale. Après avoir constaté la possibilité sinon la constance de l'enclavement des cellules tégumentaires, lors de la disparition des fentes, ils concluaient : « La connaissance de ces débris, l'étude de leur situation nous permettent de comprendre sous un même titre les tumeurs qu'ils forment : tumeurs mixtes parabuccales, tumeurs du médiastin, épithéliomes branchiaux du cou. Ce sont toutes des branchiomes.

Cette théorie branchiale constitue l'application, à la région cervico-faciale, de la théorie des enclavomes de CHEVASSU.

Théorie de l'Embryome juxta-salivaire

Pour FORGUES et MASSABUAU, les tumeurs mixtes des glandes salivaires seraient, comme la plupart de tumeurs mixtes des glandes génitales, des embryomes, c'est-à-dire des embryons plus ou moins mal formés. Cette hypothèse était basée sur la ressemblance, d'ailleurs grossière des tumeurs mixtes des glandes salivaires et des tumeurs mixtes des glandes génitales.

Telles sont les diverses théories pathogéniques

émises jusqu'en 1914. Leur nombre et leur diversité donne une idée de la complexité du problème. Aucune cependant n'était convaincante. Tous les arguments invoqués par les défenseurs d'une théorie étant réfutés par leurs adversaires.

THÉORIES MODERNES

Théorie de Masson

En 1914, MASSON dans le Bulletin de l'Association française contre le cancer, attaquait énergiquement les théories endothéliales et embryonnaires.

CRITIQUE DE LA THÉORIE ENDOTHÉLIALE

Aucun des arguments invoqués par les partisans de cette théorie ne peut être considéré comme probant. A un examen attentif tous les aspects donnés comme « probants » se montrent en réalité tout différents de ceux des véritables cellules endothéliales.

La plupart des cavités endothéliformes résultent d'une fonte cellulaire d'abord localisée à la partie centrale d'amas épithéliaux dont les éléments disposés en globes épidermiques ont subi une dégénérescence cornée plus ou moins accentuée. L'assise épithéliale périphérique constituée par des éléments allongés et aplatis, simule un revêtement endothélial.

Quant à la présence de globules rouges, elle serait due à des hémorragies secondaires.

CRITIQUE DES THÉORIES EMBRYONNAIRES

Les théories embryonnaires sont à leur tour l'objet de critiques sévères :

Il élimine rapidement la théorie de l'Embryome juxta-salivaire de FORGUES et MASSABUAU, car « il est impossible d'admettre une théorie reposant sur des bases aussi fragiles ».

Le caractère strictement régional de l'épithélium des tumeurs mixtes des glandes salivaires les différencie complètement des formations hétéromorphes, observées dans les embryonnes véritables.

Quant à la théorie du branchiome, il lui reproche aussi son caractère hypothétique, et l'insuffisance de notions embryologiques sur lesquelles on a voulu l'asseoir. « Tout d'abord, on n'a jamais observé de lien génétique entre les inclusions branchiales décrites par VEAU et les tumeurs auxquelles elles sont supposées donner naissance. L'aspect de ces inclusions qui sont purement épithéliales ne rappelle nullement celui des tumeurs mixtes.

De plus la théorie branchiale et son postulat : la spécificité cellulaire, ne justifient pas la complexité des tumeurs mixtes et ne permettent pas d'expliquer la présence de tubes présentant la structure exacte des acini glandulaires et le groupement de ces acini en véritables lobules.

Enfin il formule une dernière critique qui se rapporte plus particulièrement au sujet qui nous occupe, c'est que cette théorie n'explique qu'imparfaitement ces tumeurs « mixtes » survenues au niveau des glandules de la muqueuse des lèvres, la muqueuse des joues et surtout du voile du palais.

EXPOSÉ. — Les aspects variés des tumeurs mixtes sont expliquées :

1^o *Par les métaplasies des deux souches initiales*, l'une glandulaire et donnant naissance à des dérivés malpighiens, l'autre conjonctive et produisant sous l'influence des sécrétions épithéliales des éléments myxoides et cartilagineux.

2^o *Par les actions réciproques des cellules transformées.*

C'est à partir de la souche glandulaire initiale que vont se produire deux grandes sortes de variations.

Les unes en rapport avec l'activité des cellules sécrétant. De ce processus,

les kystes et les aspects endothéliformes,
l'aspect colloïde de certaines sécrétions,
l'indifférenciation.

Beaucoup plus importantes sont les variations épithéliales métaplasiques.

La métaplasie malpighienne très fréquente, peut être regressible quand elle ramène des cellules primitivement destinées à la différenciation glandulaire à une structure plus banale. Elle peut aboutir à la for-

mation de toutes les assises de l'épiderme avec présence de globes cornés ; dans d'autres cas, elle est incomplète et c'est alors que le mélange intime d'éléments malpighiens et glandulaires et les multiples formes de transition entre ces deux éléments démontre la réalité de la métaplasie malpighienne.

La métaplasie par inversion de la polarité conditionne de nombreuses variations épithéliales.

Normalement, les cellules présentent une polarité histophysiologique, définie par la position et les rapports réciproques de la basale, du noyau et du centrosome. La ligne qui unit ces points définit l'axe cellulaire dont le pôle fonctionnel est toujours le plus voisin du centrosome.

Dans certaines parties des tumeurs mixtes où se maintiennent les caractères topographiques et cytologiques de l'ordonnance glandulaire les cellules épithéliales montrent un centrosome orienté vers la cavité de sécrétion. Or, en certains endroits on peut découvrir au milieu de cellules normalement orientées des cellules qui accumulent leurs produits de sécrétion dans leur région basale. Il s'agit d'une véritable inversion de la polarité cellulaire.

Lorsque la polarité est strictement endotrope, le pôle de décharge est strictement basilaire. Les cellules unies en étroits cordons rappellent assez les glandes endocrines. Il s'agit d'une *métaplasie endocrinienne* lorsque la polarité est endotrope intersticielle. Le pôle de décharge n'a pas une orientation fixe. La décharge qui s'effectue par toute la périphérie de la

cellule se déverse entre elles. La travée épithéliale se disloque et s'effiloche « c'est une métaplasie ».

La substance secrétée, d'abord semi-liquide métaplasie myxoïde — se condense. Les cellules s'entourent d'une capsule — métaplasie cartilagineuse. Dans certains cas coïncidant avec la pénétration de capillaires sanguins elle peut devenir fibrillaire et collagène — métaplasie conjonctive.

Quels sont les rapports de ce tissu conjonctif néoformé avec le tissu conjonctif préexistant ?

« Il semble qu'en beaucoup de points le conjonctif néoformé consécutif à l'effilochage des masses épithéliales se dépose et se modèle sur des axes conjonctifs préexistants qui lui servent de support et peut-être d'amorce ».

La sécrétion des cellules déborde le tissu conjonctif. Rapidement les basales disparaissent disloqués par l'expansion des complexes épithéliaux et fatigués par leur sécrétion. De sorte que rien ne sépare plus les tissus myxoïdes ou cartilagineux d'origine conjonctive ou épithéliale et qu'il devient impossible de distinguer les deux catégories tissulaires.

Travaux de R. Leroux

Au cours de ces dernières années, le Professeur LEROUX et son élève Jean LEROUX-ROBERT, ont particulièrement étudié l'histogénèse des tumeurs mixtes. Leurs recherches ont porté sur 115 cas de

tumeurs mixtes cervico-faciales, correspondant cliniquement à « des tumeurs apparemment bien limitées, bien encapsulées ». Leurs travaux peuvent être divisés en deux partis :

L'étude analytique des caractères cellulaires, et la classification architecturale des tumeurs mixtes.

ETUDE ANALYTIQUE

Eléments épithéliaux.

Quelque soit la forme architecturale de la tumeur considérée, on peut réduire les éléments cellulaires épithéliaux à 4 types principaux.

— Les cellules cylindro-cubiques éosinophiles, rappelant de très près les cellules formant le revêtement interne des canaux excréteurs intra-lobulaires, dans la glande normale.

— Les cellules cylindro-cubiques basophiles, que l'on peut considérer comme des cellules originellement indifférenciées ou comme des formes de régression de cellules antérieurement différenciées et éosinophiles. Elles subissent parfois une maturation malpighienne avec formation de globes cornés. Elles trouvent leur homologue dans les cellules de l'assise externe des acini glandulaires normaux ; dans les cellules formant le revêtement des canaux excréteurs extra-lobulaires et dans les cellules formant des canaux intra-lobulaires dédifférenciés, inclus dans les foyers inflammatoires.

Cellules cylindro-cubiques claires, qui représentent une forme de cellules différenciée à type muqueux.

Petites cellules foncées. « Nous les considérons comme un des premiers stades de la destruction des éléments basophiles cylindro-cubiques, ce qui semble justifier l'absence fréquente de protoplasma et l'intensité des phénomènes de pyénose nucléaire.

Formes de déviation — à cette liste il faut ajouter des formes plus rares considérées comme formes de déviation des précédentes.

- cellules cylindro mucipares ;
- cellules myo-épithéliales ;
- cellules malpighiennes, type spino-cellulaire à évolution épidermoïde (Observation I).

Stroma intersticiel :

On peut en décrire diverses formes — fibroblastique banal — mucoïde — collagène — hyalin ou chondroïde, mais cette systématisation peut paraître artificielle, car ils s'intriquent très souvent et on les voit combinés dans une même tumeur.

Mais c'est grâce à l'interaction épithélio-conjonctive que les tumeurs des glandes salivaires acquièrent une certaine individualité parmi les épithéliomas en général.

Sous l'influence d'une action des cellules épithéliales il se produit une modification du tissu conjonctif et il se produit un déséquilibre de l'ensemble stroma-épithélium, aboutissant à la disparition des membranes basales plus ou moins nettes qui séparent le

tissu conjonctif proprement dit des éléments glandulaires.

« Nous avons pu nous convaincre que, parmi les effets de ce déséquilibre, la disparition fréquente des cellules conjonctives au sein des amas épithéliomateux et la raréfaction vasculaire constituaient les phénomènes les plus importants qui tiennent sous leur dépendance les autres remaniements de structure du stroma. » En disparaissant, les cellules conjonctives laissent désertes des plages de substance fondamentale où les cellules épithéliomateuses vont s'éparpiller et dégénérer, et ainsi se réalise un aspect dit « cartilagineux embryonnaire » non différencié.

A un degré de plus, on peut observer de petits éléments fongés, plus ou moins arrondis, séparés du stroma par un espace clair donnant l'impression d'une capsule.

Ces cartilages n'ont vraiment de cartilagineux qu'une ressemblance morphologique de peu de valeur.

Dans certains cas enfin le stroma subit une véritable transformation hyaline entraînant une sorte d'hyperplasie de la substance fondamentale qui semble écraser et aplatir des éléments épithéliaux, leur donnant le type endothéliiforme.

Ainsi sont réalisés des types architecturaux qui ne sont sans doute pas autre chose que ce qui a été décrit sous le nom d'endothéliome ou de cylindrome.

Le Professeur LEROUX, insiste sur un caractère essentiel de ces divers éléments cellulaires : *c'est leur unité d'origine.*

« Il n'y a dans ces tumeurs qu'une seule souche épithéliale proliférante et cette souche appartient à la glande salivaire elle-même ».

Ce n'est pas la multiplicité de souches cellulaires qui explique l'apparente complexité de la structure de ces tumeurs, mais bien les « variations morphologiques locales d'un même type cellulaire ». Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires ne sont donc pas des tumeurs à tissus multiples dans le sens où l'on entend une dysembryoplasie... ce ne sont pas des tumeurs à souches néoplasiques multiples, mais bien des *épithéliomas* ».

De cette affirmation nous pouvons tirer une conclusion lourde de conséquences, tant au point de vue pronostic que thérapeutique, à savoir que les *tumeurs mixtes doivent être considérées comme des tumeurs malignes*.

ÉTUDE ARCHITECTURALE

Les auteurs individualisent ensuite certaines formes architecturales ; ils font remarquer que toutes ont pu être observées dans la même tumeur, coupée en série, où tous les stades intermédiaires de passage pouvaient être suivis.

FORMES FONDAMENTALES TYPIQUES

A. — *Formes canaliculaires* :

a) formes végétantes intra-canaliculaires ;

formes à cellules cylindro-cubiques basophiles ;
formes à cellules cylindro-cubiques éosinophiles ;
formes à cellules cylindriques muqueuses mucipares ;

formes à cellules sudoripares.

b) forme canaliculaire lobulée à cellules uniquement éosinophiles ;

c) forme canaliculaire lobulée et cellules éosinophiles et basophiles ;

d) forme canaliculaire lobulée à cellules uniquement basophiles.

B. — *Formes acineuses* :

a) forme alvéolaire à cellules claires ;

b) forme pseudo-cylindromateuse et cylindromateuse vraie ;

c) forme myxo-chondroïde.

C. — *Formes acino-canaliculaires* :

a) formes acino-canaliculaires ;

b) formes canaliculo-acineuses.

FORMES ATYPIQUES

A. — *Formes d'allure atypique infiltrée.*

a) formes à cellules indifférenciées basophiles ;

b) formes à cellules étoilées adamantinoïdes ;

c) formes à cellules éosinophiles.

B. — *Formes atypiques déviées.*

a) formes à déviation mucoïde ;

b) formes à déviation malpighienne spino-cellulaire.

Si chacune de ces formes peut exister à l'état « pur », c'est-à-dire que quelque soit le fragment examiné on ne retrouve qu'un seul et même type cellulaire et architectural, le plus souvent il s'agit de formes bigarrées.

Les métastases et les envahissements ganglionnaires, s'ils sont très rares, n'en existent pas moins. Cette rareté des adénopathies se retrouve d'ailleurs dans les épithéliomas salivaires les mieux caractérisés, et ce fait est digne de remarque, car on ne peut alors invoquer l'absence quasi absolue d'adénopathie au cours de l'évolution des « tumeurs mixtes » comme preuve de la benignité de celles-ci.

« Nous avons cependant observé des cas de métastases et d'envahissement lympho-ganglionnaires. En présence de tels faits, il est difficile de nier la malignité de telles tumeurs. »

OBSERVATION I. — *Communiquée par*
Monsieur le Docteur L'HIRONDEL

Observation clinique. — M^{me} Marie M., âgée de 86 ans, se présente le 22 septembre 1937 à la consultation de Stomatologie de l'Hôpital Beaujon, pour faire examiner et soigner une « petite grosseur » siégeant au palais.

Cette petite tumeur, qui avait débuté deux ans auparavant en 1936, n'a jamais provoqué de douleurs, mais commence à gêner la malade par son volume au moment des repas principalement.

A l'examen, on est en présence d'une édentée complète qui n'a jamais porté d'appareil de prothèse. La face est effondrée au niveau des lèvres et des joues. La petite tumeur siège sur la partie latérale gauche de la voûte palatine, sur le palais dur, près de l'union de ce dernier avec le voile. Ronde, légèrement ovoïde et grosse comme une petite noix, elle est rouge, lisse, recouverte d'une muqueuse non ulcérée. Elle est collée aux plans profonds.

Toutefois, la palpation permet de la mobiliser, de constater qu'elle est rénitente, tendue et qu'elle contient des formations de consistance granuleuse dures.

La radiographie n'apporte aucun renseignement complémentaire, ni l'interrogatoire, chez une femme qui n'a jamais été malade. L'examen clinique suffit d'ailleurs pour rejeter toute possibilité de gomme ou de propagation à la voûte d'une tumeur sinusale, et pour affirmer, au contraire, qu'on se trouve en présence d'une tumeur bénigne enchâssée sous la muqueuse de la voûte palatine.

Intervention le 29 septembre. — Anesthésie locale par infiltration à la novocaïne. La petite tumeur bien encapsulée est facilement énucléée en son entier. Elle a, dès lors, la forme et le volume d'un gros grain de raisin muscat.

La plaie se ferme par première intention et les suites opératoires sont sans histoire.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce devait en révéler tout l'intérêt.

Examen anatomo-pathologique. — A un faible grossissement et même presque à l'œil nu, la pièce apparaît comme constituée d'une coque très épaisse, dont la surface externe

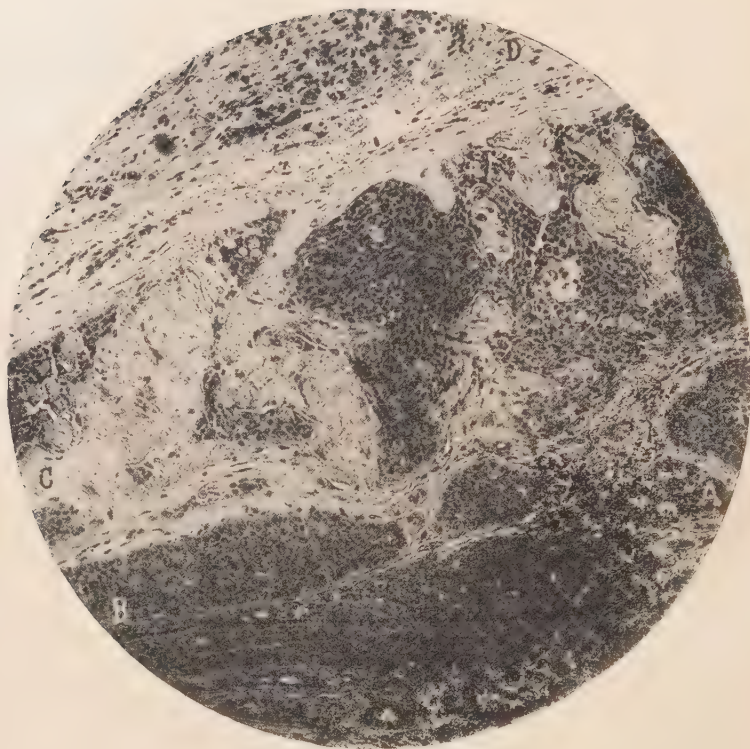


FIG. 1. — Zone de tumeur mixte à évolution cylindromateuse.

A. Cavités glandulaires acino-canaliculaires encore bien reconnaissables, avec leur lumières centrales limitées par une ou deux assises de cellules basophiles (cellules primitivement basophiles ou cellules éosinophiles secondairement dédifférentiées).

B. Lobules compacts de cellules basophiles tassées les unes contre les autres. On peut encore distinguer, mais avec peine, quelques cellules glandulaires. Les lobules sont encore séparés par des cloisons conjonctives fines et non modifiées.

C. Masses de substance amorphe à contours polycycliques d'allure hyaline, correspondant à la dégénérescence muco-hyaline des cloisons conjonctives inter-lobulaires et intralobulaires et des axes vasculaires. Ici se trouve réalisée l'évolution cylindromateuse.

D. Capsule fibroblastique épaisse limitant la tumeur et ne présentant aucune des figures de remaniement conjonctif décrites précédemment.

formant capsule est assez régulièrement arrondie et lisse. Cette capsule est constituée d'un tissu fibroblastique banal.

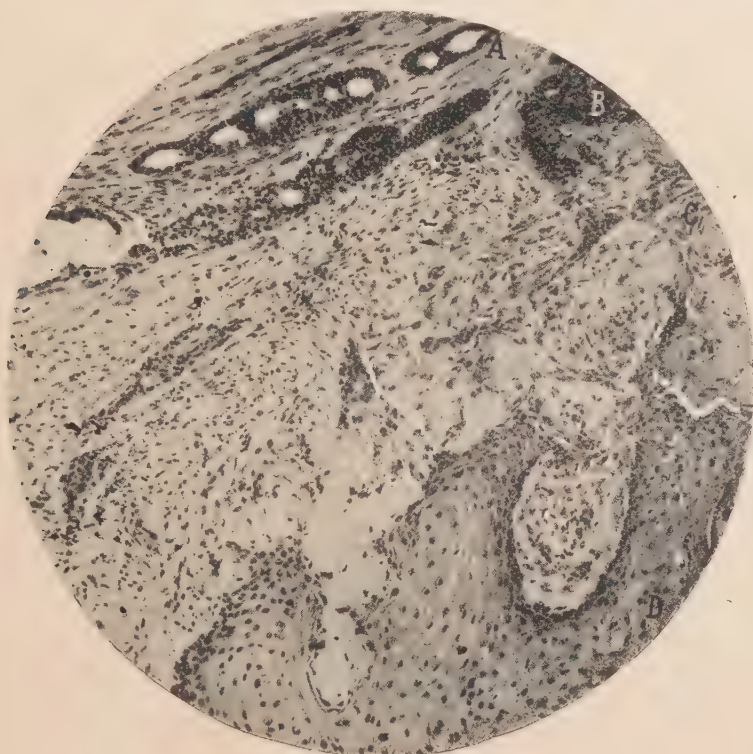


FIG. 2. — Zone de tumeur mixte à évolution épidermoïde.

A. Zone cylindromateuse acino-canaliculaire voisine de celle reproduite à la figure 1.

B. Lobule de cellules basophiles dédifférenciées ou indifférenciées.

C. Zone de transition. Les cellules précédentes s'égaillent dans un tissu conjonctif ayant tendance à subir la dégénérescence hyaline. Elles deviennent fusiformes (Cf. cette zone fig. 3 à un plus fort grossissement).

D. Evolution épidermoïde complète avec formation de globes cornés parakératosiques.

En dedans de cette capsule, on trouve un tissu glandulaire et malpighien avec de nombreux globes cornés. Le centre de

la pièce forme une sorte de vacité dans laquelle se trouvent des débris cellulaires plus ou moins kératinisés et de nom-

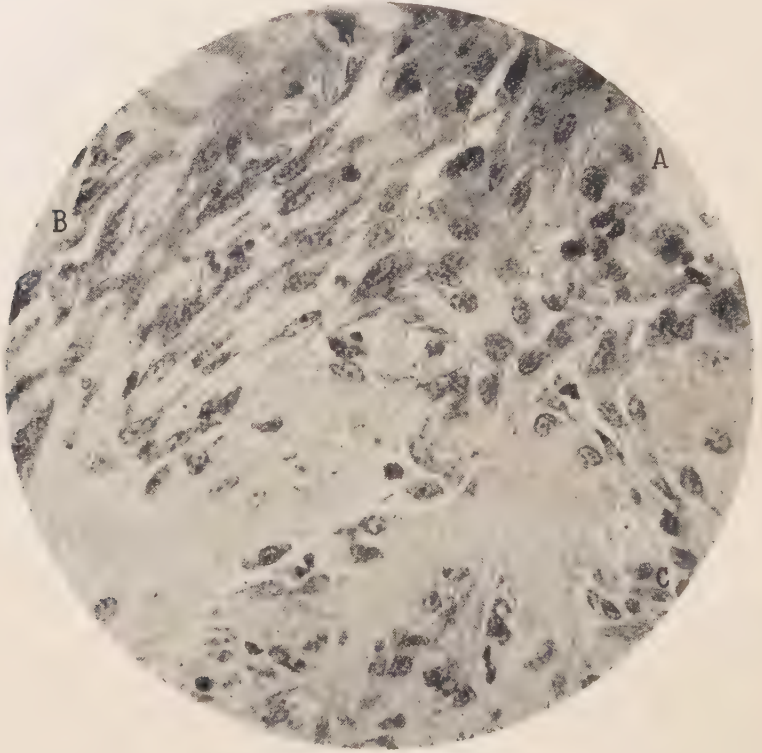


FIG. 3. — Zone de tumeur mixte à cellules fusiformes.

A. Cavité acino-canaliculaire glandulaire bordée par des cellules basophiles indifférenciées ou dédifférenciées.

B. Transformation progressive des cellules précédentes en cellules fusiformes réunies en un trousseau pseudo-sarcomateux.

C. Coupes transversales de cellules fusiformes noyées dans un stroma muco-hyalin et collagène.

breuses squames de kératine. Ainsi la pièce prend-elle une allure pseudokystique, par nécrose et desquamation kératinique de toute sa partie centrale.

A un grossissement moyen, on constate qu'à la périphérie de la préparation il existe des zones ayant la structure des tumeurs mixtes à évolution cylindromateuse. Selon les points considérés dans cette zone (cf. fig. 1), on trouve soit des vacités acino-canaliculaires à cellules basophiles, soit des amas cellulaires d'éléments indifférenciés basophiles, soit des cellules dispersées çà et là, ces différents éléments étant séparés les uns des autres par des masses amorphes d'aspect mucoïde ou collagène, à contours polycycliques, représentant des travées conjonctivo-vasculaires en dégénérescence hyaline plus ou moins complète. Si l'on se rapproche davantage du centre de la préparation on tombe sur une zone correspondant à la figure 2. Petit à petit l'aspect change. Les cellules indifférenciées évoluent progressivement vers la différenciation malpighienne épidermoïde.

Il existe bientôt de grandes plages cellulaires, dont la périphérie est constituée de cellules indifférenciées et dont le centre est occupé par des cellules malpighiennes évoluant vers la kératinisation en formant d'authentiques globes cornés.

Les mitoses sont néanmoins assez rares.

Indépendamment de cette évolution malpighienne épidermoïde très poussée et anormalement importante dans cette tumeur mixte, il faut noter l'existence de zones pseudo-sarcomateuses (cf. fig. 3). Celles-ci sont constituées par des groupements de cellules fusiformes qui, au premier abord, pourraient être prises par des cellules conjonctives. Mais un examen approfondi montre qu'il existe tous les intermédiaires entre les cellules indifférenciées ou différenciées péricanaliculaires et ces éléments fusiformes d'une part, entre ces éléments fusiformes et les groupements malpighiens à évolution épidermoïde d'autre part.

Ces cellules fusiformes ne doivent donc être considérées que comme des formes cellulaires de transition, dont la

morphologie particulière n'est due qu'aux modifications du milieu conjonctif dans lequel elles se développent.

OBSERVATION 2. — *Communiquée par Monsieur le Docteur L'HIRONDEL et Monsieur le Docteur FLEURY*

M^{me} N., âgée de 43 ans, vient consulter pour une tuméfaction de la voûte palatine. Le début des accidents remonte à plusieurs années ; la tumeur s'est développée progressivement avec une extrême lenteur, mais sans arrêts. Elle ne s'est jamais accompagnée de phénomènes douloureux, ni spontanés, ni provoqués, mais seulement d'une gêne mécanique croissante.

L'état général de la malade est très satisfaisant.

A l'examen, on se trouve en présence d'une noix, étendue de 6⁵/₈ à 68, présentant en son milieu une ouverture punctiforme d'où ne s'écoule aucun liquide.

Elle est de consistance mollassse, adhérente à la muqueuse et aux plans osseux.

L'exploration au stylet par l'orifice punctiforme permet de pénétrer dans une petite cavité mal limitée. Malgré des recherches minutieuses on ne trouve à aucun moment le contact direct du stylet avec le plan osseux.

Au point de vue dentaire, on note une carie distale de G5 sans atteinte pulpaire, G6 et G7 manquent ; G8 est saine,

Une radiographie pratiquée ne montre rien d'anormal, on ne trouve pas d'adénopathies.

On pratique une mesure du temps de coagulation qui montre 5', et de saignement 2' et on décide l'ablation chirurgicale de la tumeur.

Compte rendu chirurgical :

Le 17 février 1938 : Anesthésie locale par infiltration.

Au cours de l'anesthésie une matière grasseuse est éliminée par la fistule.

Incision sur la crête alvéolaire et excision d'un lambeau comportant l'orifice fistuleux.

La tuméfaction est constituée par du tissu graisseux au milieu duquel on note la présence d'un foyer hémorragique.

Facile au décolateur.

La tumeur s'est creusé une cavité à la face palatine du maxillaire supérieur en respectant l'intégrité du tissu osseux.

A son pôle supérieur, il ne persiste plus qu'une simple pellicule osseuse entre la cavité et le sinus maxillaire.

Mèche iodoformée, peu tassée.

Les fragments mis dans le liquide de Bouin, sont confiés au docteur LEROUX-ROBERT.

Le 19 février : Lavage et changement de mèche.

Le 22 février : On enlève la mèche, l'état local est très satisfaisant.

Le 24 février : La malade signale que les liquides passent par le nez.

Le 26 février : On remet une mèche iodoformée, une partie du maxillaire n'étant pas encore recouverte de muqueuse et les liquides continuant à passer par le nez.

Examen histologique.

Tumeur glandulaire présentant :

Par endroits la structure d'une tumeur mixte à caractères cylindromateux.

En d'autres endroits, celle d'une infiltration de cellules dédifférenciées dont un grand nombre présentant des mitoses ou des anomalies cellulaires.

Au point de vue architectural aucune lobulation ni aucune limitation n'est visible sur la coupe.

En résumé : Tumeur à classer dans le groupe des tumeurs dites mixtes des glandes palatines.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs mixtes des glandes de la muqueuse palatine constituent une affection qui, bien que relativement rare, mérite cependant de retenir l'attention du stomatologiste.

2° L'étude histogénique de ces tumeurs peut être confondue avec celle des tumeurs mixtes des glandes salivaires principales.

3° Dans l'histoire de ces tumeurs deux « époques » s'opposant et deux groupes de théories.

a) Les théories classiques — endothéliales, épithélio-glandulaires et les diverses théories embryonnaires qui aboutissent à un résultat commun en considérant ces tumeurs comme des tumeurs mixtes proprement dites et à évolution.

b) Les théories modernes — MASSON puis LEROUX — qui font dériver ces tumeurs d'une même souche

épithéliale au niveau du tissu glandulaire, et les considèrent comme des tumeurs malignes.

4^o Conclusions thérapeutiques.

Les données modernes que la pathogénie des tumeurs mixtes nous font voir sous un jour tout nouveau pronostic et leur thérapeutique.

D'après les théories classiques les tumeurs « mixtes » étaient des *tumeurs bénignes* ne donnant pas de métastases. Le traitement était dicté par le pronostic fonctionnel et l'ablation n'était souvent décidée que lorsque la gêne fonctionnelle devenait insupportable, la seule crainte venant d'une dégénérescence secondaire.

Il consistait dans l'ablation pure et simple de la tumeur en respectant le parenchyme glandulaire en apparence sain.

Mais pour les modernes il faut considérer les tumeurs mixtes comme des *tumeurs malignes*, et dans ce cas :

— rechercher avec soin un envahissement ganglionnaire ou une métastase viscérale.

— décider l'intervention chirurgicale précoce comme dans toutes les néoplasies.

— l'extirpation sera très large, débordant la tumeur et intéressant toute la glande. Cette notion a peu d'importance quand il s'agit de tumeurs des glandes palatines. Il en est tout autrement dans le cas de tumeurs dites « mixtes » des glandes principales et surtout de la parotide.

Dans ce cas en effet l'extirpation totale de la glande risque de compromettre l'intégrité du facial et impose une technique chirurgicale des plus compliquées.

VU :

Le Doyen,

TIFFENEAU.

VU :

Le Président de la Thèse,

ROGER LEROUX.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER. — Tumeurs mixtes du voile du palais (*Revue de chirurgie*, 1897 ; pages 361-470-551).

BERGER et BANZET. — Tumeurs mixtes des glandes du voile du palais (*Bulletin Médical*, 11 mars 1896).

CHEVASSU. — Tumeur de la glande sous-maxillaire (*Revue de chirurgie*, 1910 ; tome XLI, pages 145-450).

COLLET. — Thèse Paris 1895. *Tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres*.

CUNÉO et VEAU. — Sur l'origine branchiale des tumeurs mixtes cervico-faciales. Branchimes cervicaux-faciaux (*Congrès international de Médecine*, Paris 1900. Section de chirurgie générale, page 278).

DILLANGE. — Thèse, Paris 1933. *Contribution à l'étude anatomopathologique des tumeurs dites « mixtes » des glandes salivaires*.

FONNEGRA. — Thèse : Paris 1883. *Des épithéliomes glandulaires enkystés du voile du palais*.

HINGLAIS. — Thèse : Lyon 1904-05, n° 144. *Sur les tumeurs dites « mixtes » des glandes salivaires*.

KOELLIKER. — *Eléments d'Histologie humaine*, 2^e édition française 1868, page 459.

DE LARABIE.

DE LARABIE. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires de la muqueuse buccale (*Archives générales de Médecine* 1890, tome I, pages 537-577 ; tome II, page 34).

LEROUX, LEROUX-ROBERT et DILLANGE. — Étude analytique des éléments constitutifs des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires (*Bull. Ass. Franç. pour l'étude du Cancer*, tome XXII, n° 7, juillet 1933, page 480).

LEROUX et LEROUX-ROBERT. — Essai de classification architecturale des tumeurs des glandes salivaires (*Bull. Ass. Franç. pour l'étude du Cancer*, tome XXIII, n° 4, mai 1934, page 304).

- LEROUX, LEROUX-ROBERT. — Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires et des autres formations glandulaires cervico-faciales (*Les Annales d'Oto-Laryngologie*, février 1936, page 113).
- LEROUX-ROBERT. — La conception histologique actuelle des tumeurs mixtes de la cavité buccale (*Revue de Stomatologie*, tome XL, avril 1928, page 231).
- L'HIRONDEL et LEROUX-ROBERT. — Tumeur mixte de la voûte palatine à caractères histologiques particuliers (*Revue de Stomatologie*, avril 1938, page 226).
- MASSABUAU et FORGUES. — La structure histologique et l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires (*Revue de Chirurgie*, 1907, tome XXVI, pages 389-731).
- MASSABUAU et FORGUES. — Comment se pose actuellement le problème des tumeurs branchiogènes du cou (*Province Médicale*, 15 février 1908).
- MASSON. — Tumeurs des glandes annexes de la face et du cou (*Atlas du Cancer*, 3^e et 4^e fascicules).
- MASSON et PEYRON. — Tumeurs mixtes des glandes salivaires (*Bull. Ass. Franç. pour l'étude du Cancer*, 1914, page 219).
- MENETRIER et PEYRON. — Quelques considérations sur l'histogénèse et l'origine des tumeurs para-buccales dites « mixtes » (*Bull. Ass. Franç. pour l'étude du Cancer*, 1932, tome XI, page 503).
- OTT. — Thèse : Paris 1880. *Contribution à l'étude des tumeurs mixtes du voile du palais.*
- PAGET. — Tumours of the palate (*Saint Bartholomew's hospital*, vol. XXII, page 315).
- PAILLER. — Thèse : Paris 1904. *Les épithéliomas polymorphes de la parotide.*
- PITANCE. — Thèse : Paris 1897. *Etude sur les tumeurs mixtes du voile du palais.*
- RICHARD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1856.
- ROUSSEAU, DECELLE et RAISON. — *Pratique stomatologique* : tome I, Patologie buccale, page 257.
- VOYER. — Thèse : Paris 1889. *Tumeurs des glandules salivaires.*
- WILMS. — *Die Mischgeschwülste*, 1902, pages 3, 207 et 209.